

# **CONIC-SEMESP** 13º Congresso Nacional de Iniciação Científica

Anais do Conic-Semesp. Volume 1, 2013 - Faculdade Anhanguera de Campinas - Unidade 3. ISSN 2357-8904

**TÍTULO:** QUALIDADE DE VIDA E ANEMIA EM PACIENTES EM HEMODIÁLISE

**CATEGORIA:** CONCLUÍDO

**ÁREA:** CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE

**SUBÁREA:** NUTRIÇÃO

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DE MARÍLIA

**AUTOR(ES):** ANA AUGUSTA MENDES DE OLIVEIRA

**ORIENTADOR(ES):** CLÁUDIA RUCCO PENTEADO DETREGIACHI, KARINA RODRIGUES QUESADA

**COLABORADOR(ES):** EDUARDO FUZETTO CAZAÑAS, MARÍLIA REGINA DOS SANTOS VALENÇA

Realização:



Apoio:



**QUALIDADE DE VIDA E ANEMIA EM PACIENTES EM HEMODIÁLISE**  
**Ana Augusta Mendes de Oliveira<sup>1</sup>; Marília Regina dos Santos Valença<sup>2</sup>,**  
**Eduardo Fuzetto Cazañas<sup>3</sup>, Karina Rodrigues Quesada<sup>4</sup>, Cláudia Rucco**  
**Penteado Detregiachi<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Aluna do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade de Marília - UNIMAR. Bolsista PIBIC/CNPq.

<sup>2</sup>Nutricionista. Aprimoranda de Nutrição Clínica do Hospital de Clínicas de Marília-FAMEMA pela FUNDAP.

<sup>3</sup>Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE. Nutricionista e Enfermeiro.

<sup>4</sup>Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade de Marília–Unimar.

<sup>5</sup>Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade de Marília–Unimar.

## **Resumo**

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a presença de anemia pacientes cadastrados num programa de hemodiálise de uma cidade do interior do Estado de São Paulo e verificar a existência de correlação entre estes fatores. **Metodologia:** Para a avaliação do estado nutricional do ferro foi analisada a concentração de hemoglobina sanguínea. Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário genérico SF-36. **Resultados:** Foram avaliados 109 pacientes com média de idade de  $55,8 \pm 13,1$  anos, sendo 63% deles homens. Em relação anemia, 84% dos homens e 55% das mulheres apresentavam deficiência de hemoglobina. A aplicação do SF-36 mostrou que os aspectos da qualidade de vida mais comprometidos foram aspecto físico com mediana 50 (amplitude interquartil 25-100) e estado geral de saúde com mediana 52 (amplitude interquartil 37-67). Medianas mais elevadas foram encontradas nos aspectos emocionais (100 e amplitude interquartil 100-100) e aspecto social (87,5 e amplitude interquartil 50-100). Não foi encontrada diferença significativa nos escores dos aspectos da qualidade de vida avaliados segundo a presença ou não de deficiência de ferro. Entretanto, foi significativamente positiva a correlação entre capacidade funcional e concentração sanguínea de Hb ( $p=0,0059$ ). **Conclusão:** Com vistas a melhor qualidade de vida do paciente em hemodiálise, em

especial, à sua capacidade funcional, torna-se imperativo às equipes multiprofissionais dedicarem atenção à manutenção de um adequado estado nutricional do ferro, embora esta seja uma tarefa especialmente difícil frente às alterações fisiopatológicas presentes na falência renal.

## **Introdução**

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada por lesão renal, perda progressiva e irreversível da sua função, a qual em estágio avançado não mantém a homeostase do indivíduo (FAHUR et al., 2010). É classificada em seis estágios de acordo com o grau de função renal, compreendendo o estágio zero no qual estão os grupos de risco com ausência de lesão renal até o sexto estágio que caracteriza a fase terminal da doença. Nesta fase o paciente encontra-se intensamente sintomático, sendo as opções terapêuticas o tratamento dialítico ou o transplante renal (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

O tratamento dialítico proporciona condições clínicas favoráveis aos indivíduos que esperam para serem transplantados. Este consiste em duas modalidades, a diálise peritoneal e a hemodiálise (LUGON et al., 2008).

Segundo Barbosa et al. (2007), dentre as doenças de caráter crônico a DRC dialítica é uma das que causa maior impacto nos aspectos biopsicossociais afetando a qualidade de vida do indivíduo. Os indivíduos com DRC, sobretudo os estão em terapia de hemodiálise, tornam-se inativos, perdem a motivação e apresentam problemas de ordem emocional, biológica e social (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011). Portanto, torna-se imprescindível o conhecimento de como a DRC pode impactar a qualidade de vida do paciente hemodialítico (SANTOS et al., 2006).

A anemia é uma alteração comumente presente nos pacientes com DRC. A principal causa da anemia nesta população é a deficiência de eritropoetina, por consequência da perda da função renal, pois o rim é o principal órgão produtor deste hormônio (ABENSUR, 2010). Este autor acrescenta ainda que restrições alimentares, perda de apetite devido a metabólitos urêmicos e perdas do próprio tratamento dialítico, são fatores que contribuem para deficiência de vitaminas do

complexo B e ácido fólico, acarretando também o aparecimento da anemia (ABENSUR, 2010).

Normalmente a anemia predispõe a má qualidade de vida desses pacientes. Comparando com outras doenças que podem acometer os pacientes com DRC, de modo positivo, a anemia é uma das mais sensíveis ao tratamento (KDOQI, 2006).

## **Objetivos**

Avaliar a qualidade de vida e a presença de anemia em pacientes cadastrados num programa de hemodiálise de uma cidade do interior do Estado de São Paulo e verificar a existência de correlação entre estes fatores.

## **Metodologia**

O estudo foi realizado após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Marília e autorização da equipe de profissionais responsáveis pelo programa hemodiálise (HD) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília (Santa Casa de Marília).

O delineamento do estudo foi caracterizado como transversal, com população constituída pelos 205 indivíduos cadastrados no mês de agosto de 2012 no programa de HD da Santa Casa de Marília.

Foram utilizados como critérios de inclusão o comparecimento regular ao serviço há mais de 3 meses, idade superior a 18 anos e aceite espontâneo para participar do estudo. Pacientes que realizaram transplante renal no passado, que estivessem clinicamente instáveis e ou apresentassem incapacidade de compreender ou responder aos questionamentos entraram nos critérios de exclusão adotados.

Os pacientes incluídos no estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido após receberem informações detalhadas sobre a natureza da investigação. Os dados foram coletados durante os meses de agosto a outubro de 2012.

A presença de anemia foi avaliada por meio da concentração sanguínea de hemoglobina (Hb), a qual foi coletada no prontuário do paciente na data mais próxima à aplicação do questionário de qualidade de vida. O ponto de corte da

hemoglobina para o diagnóstico de anemia foi  $< 13,5$  e  $< 12$  g/dL para homens e mulheres, respectivamente, segundo recomendações da *National Kidney Foundation -NKF/DOQI* (2006).

Do prontuário do paciente foram coletados também os dados de idade, sexo e tempo de hemodiálise.

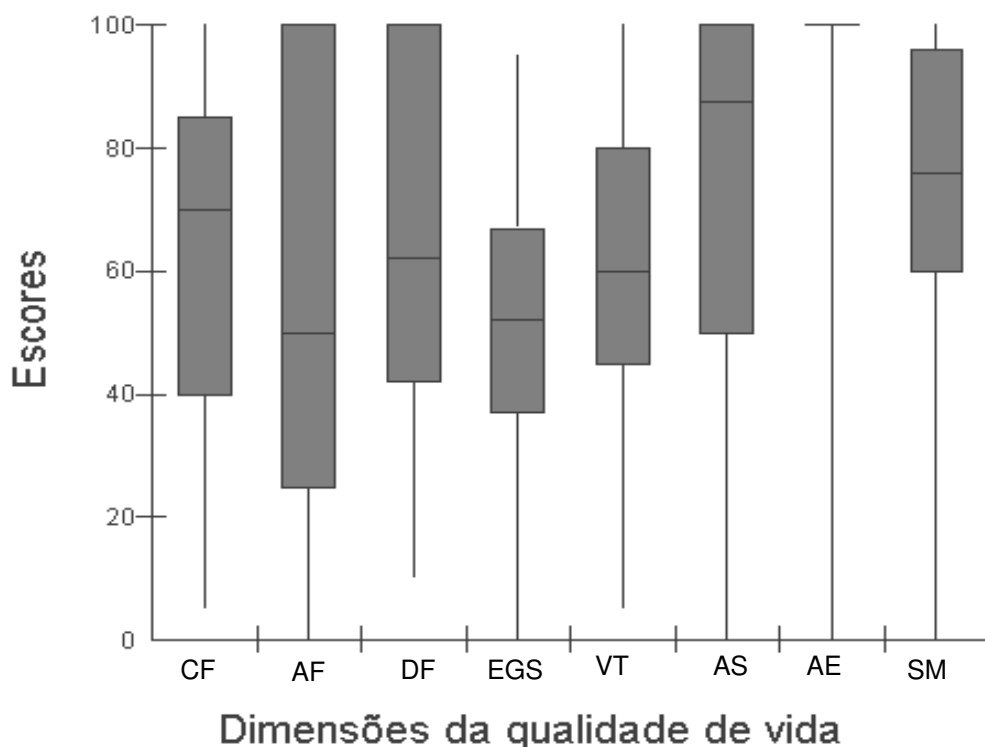
Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36, traduzido e validado para a língua portuguesa por Cicconelli et al. (1999). Este instrumento é composto por 36 itens, subdivididos em oito dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional (CF), aspecto físico (AF), dor física (DF), estado geral de saúde (ESG), vitalidade (VT), aspecto social (AS), aspecto emocional (AE) e saúde mental (SM). Esse questionário apresenta um escore final de zero a 100, no qual zero corresponde ao pior nível de qualidade de vida e 100 ao melhor (WARE; SHERBOURNE, 1992). O questionário SF-36 foi aplicado por dois examinadores previamente treinados com o intuito de minimizar um possível viés de aferição. Este questionário é, originalmente, auto-aplicável. Entretanto, considerando possíveis dificuldades de leitura ou de preenchimento do mesmo, as questões foram lidas aos pacientes e foi solicitado para que escolhessem a resposta que melhor se adequava ao seu caso.

As variáveis foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartil (percentil 25 - percentil 75). Comparações entre os sexos foram feitas pelo teste t de Student. As correlações entre os escores de qualidade de vida, estado nutricional e tempo de hemodiálise foram avaliadas pelo teste de Spearman.

## **Resultados**

Foram avaliados 109 pacientes com média de idade de  $55,8 \pm 13,1$  anos, sendo 63% deles homens. Em relação ao estado nutricional do ferro, 84% dos homens e 55% das mulheres apresentavam deficiência, com valores de Hb abaixo do limite de normalidade. A aplicação do SF-36 mostrou que os aspectos da qualidade de vida mais comprometidos foram aspecto físico (AF) com mediana 50 (amplitude interquartil 25-100) e estado geral de saúde (ESG) com mediana 52 (amplitude interquartil 37-67) (Figura 1). Medianas mais elevadas foram encontradas

nos aspectos emocionais (AE) (100 e amplitude interquartil 100-100) e aspecto social (AS) (87,5 e amplitude interquartil 50-100). Nas dimensões capacidade funcional (CF) e saúde mental (SM) as medianas foram 70 (amplitude interquartil 40-85) e 76 (amplitude interquartil 60-96), respectivamente. Valores de mediana próximos foram encontrados nas dimensões dor física (DF) (62 e amplitude interquartil 41-100) e vitalidade (VT) (60 e amplitude interquartil 45-80).



**Figura 1** - Escores obtidos nas dimensões de qualidade de vida abordadas pelo questionário SF-36 aplicado nos pacientes avaliados do setor de hemodiálise na Santa Casa de Marília (n=109), 2012.

Entre os sexos, diferença significativa foi encontrada nas dimensões DF ( $p=0,0102$ ), VT ( $p=0,0384$ ) e AE ( $p=0,0011$ ), as quais apresentaram escores maiores entre os homens (Tabela 1).

**Tabela 1** – Pontuações, segundo o sexo, referentes as oito dimensões de qualidade de vida dos pacientes avaliados do setor de hemodiálise na Santa Casa de Marília, 2012.

<b>Dimensões da qualidade de vida</b>	<b>Sexo feminino n=40</b>	<b>Sexo masculino n=69</b>	<b>p</b>
<b>Capacidade funcional (CF)</b>	75 (40-80)	70 (37,5-87,5)	0,7812
<b>Aspecto físico (AF)</b>	62,5 (25-100)	50 (25-87,5)	0,9050
<b>Dor física (DF)</b>	56,5 (30-93)	84 (51,5-100)	0,0102*
<b>Estado geral de saúde (ESG)</b>	52 (37-71,9)	52 (34,5-67)	0,7201
<b>Vitalidade (VT)</b>	52,5 (36-73,7)	65 (50-82,5)	0,0384*
<b>Aspecto social (AS)</b>	75 (50-100)	87,5 (50-100)	0,3031
<b>Aspecto emocional (AE)</b>	100 (33-100)	100 (100-100)	0,0011*
<b>Saúde mental (SM)</b>	70 (53-92)	80 (62-96)	0,0793

Variáveis expressas como mediana e amplitude interquartil (P25-P75).

Não foi encontrada diferença significativa nos escores dos aspectos da qualidade de vida avaliados segundo a presença ou não de anemia. Entretanto, foi significativamente positiva a correlação entre capacidade funcional e concentração sanguínea de Hb ( $p=0,0059$ ), corroborando que quanto maior o nível de Hb melhor a disposição do indivíduo (Tabela 2). Os demais aspectos da qualidade de vida avaliados no SF-36 não apresentaram correlação significativa com a concentração sanguínea de Hb.

**Tabela 2** – Correlação entre a concentração sanguínea de hemoglobina (Hb) e as oito dimensões de qualidade de vida nos pacientes avaliados do setor de hemodiálise na Santa Casa de Marília (n=109), 2012.

	<b>Rs</b>	<b>p</b>	
<b>Hb (g/dL)</b>			
	<b>Capacidade funcional (CF)</b>	0,2621	0,0059*
	<b>Aspecto físico (AF)</b>	0,0244	0,08008
	<b>Dor física (DF)</b>	0,1709	0,0755
	<b>Estado geral de saúde (ESG)</b>	0,1705	0,0763
	<b>Vitalidade (VT)</b>	0,1136	0,2393
	<b>Aspecto social (AS)</b>	0,0727	0,4522
	<b>Aspecto emocional (AE)</b>	0,0984	0,3085
	<b>Saúde mental (SM)</b>	-0,0036	0,9706

rs=Coeficiente de correlação de Spearman.

## Discussão

Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida e a presença de anemia nos pacientes em programa de HD na Santa Casa de Marília e verificar a existência de

correlação entre estes dois aspectos. Em relação a anemia, 84% dos homens e 55% das mulheres apresentavam deficiência de Hb, com valores abaixo do limite de normalidade. Canziani et al. (2006), ao avaliarem 401 pacientes, encontraram percentuais inferiores ao deste estudo, sendo que a anemia esteve presente em 18% pacientes, com prevalência de 8% no estágio 2 e 39% no estágio 5.

Em São João da Boa Vista, Estado de São Paulo, Beretta et al. (2012), avaliaram cerca de 230 pacientes, dentre os quais os homens apresentaram média de 11,4 g/dL de hemoglobina, e as mulheres média de 10,9 g/dL, ambos abaixo do limite de normalidade. Lopes et al. (2007), ao avaliar 254 mulheres e 349 homens, também observaram que as médias de hemoglobina sérica foram um pouco menores em mulheres (10,1 g/dl) do que nos homens (10,4 g/dL).

Romagna (2011), ao avaliar 20 prontuários de paciente na cidade de Criciúma, Estado de Santa Catarina, observou anemia do tipo microcítica em 10% da amostra, macrocítica também em 10% e maior prevalência de anemia do tipo normocítica (55%). O ferro sérico apresentou níveis baixos em 35% e níveis normais em 65% da amostra total. Já a ferritina sérica destacou-se 25% em valores séricos normais e valores altos com cerca de 75% da amostra total (ROMAGNA, 2011).

Estudos prévios documentam importante rebaixamento no nível de qualidade de vida de pacientes portadores de DRC em tratamento dialítico, incluindo HD (MITTAL, 2001; SILVEIRA, 2010). Em decorrência destas constatações muitos pesquisadores têm se dedicado a estudar a qualidade de vida nesta população. Em nosso estudo, a partir da aplicação do questionário genérico SF-36, foi observado declínio em diversas dimensões da qualidade de vida, em especial no AF e EGS. No outro extremo estiveram AS e AE, os quais apresentaram medianas mais elevadas indicando menor comprometimento. Resultados semelhantes foram encontrados por Santos et al. (2006) em Sobral-CE e por Silveira et al. (2010) em Belém-PA, também com o uso do SF-36. Santos et al. (2006) igualmente verificaram que as dimensões AF e EGS foram aquelas mais comprometidas, ao passo que AS e SM foram as que apresentaram maiores escores, ou seja, menor comprometimento. O estudo realizado por Silveira et al. (2010) verificou que a dimensão que mais apresentou pacientes no menor quartil foi a do AF (58%), enquanto os AS, AE, DF e SM tiveram as maiores porcentagens nos quartis mais elevados.



Fahur et al. (2010), usando o instrumento *Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form (KDQOL-SF)*, avaliou a qualidade de vida de 27 pacientes do Instituto do Rim de Presidente Prudente, interior do estado de São Paulo, verificando que os domínios relacionados ao papel profissional, funcionamento físico, vitalidade e função mental mostraram-se muito alterados nestes pacientes. Também no interior do estado de São Paulo, em Araras, 16 pacientes com DRC que fazem tratamento hemodialítico tiveram a qualidade de vida avaliada por Cunha et al. (2009) por meio do SF-36, os quais detectaram que as pontuações foram mais elevadas nos domínios AS e AE, enquanto que DF e VT apresentaram escores mais baixos.

Em 2011, 130 pacientes da mesma unidade de HD alvo deste estudo tiveram a qualidade de vida avaliada por Ferreira & Silva (2011) usando o inventário de Depressão de Beck e a Escala de WHOQOL-bref. Neste estudo foi comparada a qualidade de vida dos pacientes sem depressão com aqueles com algum grau de depressão e concluiu-se que, apesar da baixa prevalência de quadros depressivos entre os pacientes avaliados, há melhores índices de qualidade de vida em pacientes sem depressão. Também neste estudo, os escores médios em uma escala de 0 a 100 do WHOQOL-bref obtidos indicaram que o domínio da qualidade de vida mais comprometido foi o AF.

No estado do Ceará-Brasil, Santos (2011) analisou o nível de qualidade de vida por meio do questionário SF-36 e sua correlação com o quadro depressivo avaliado pela a versão de 10 itens do *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*. Este pesquisador verificou que pacientes depressivos apresentavam menor pontuação referente a VT, AE e SM, sugerindo que a depressão rebaixa a qualidade de vida em dimensões que normalmente apresentam melhores pontuações entre os pacientes em HD sem depressão.

Resultados deste estudo e de outros sugerem que pacientes com DRC em HD vivenciam um nível baixo de qualidade de vida, sendo que o domínio AF é afetado cronicamente.

Os dados aqui discutidos mostram que avaliações periódicas da condição clínica e da qualidade de vida dos pacientes podem permitir a identificação daqueles comprometidos, os quais deverão receber suporte especializado.

## Conclusão

Com vistas a melhor qualidade de vida do paciente em hemodiálise, em especial, à sua capacidade funcional, torna-se imperativo às equipes multiprofissionais dedicarem atenção à manutenção de um adequado estado de saúde geral, embora esta seja uma tarefa especialmente difícil frente às alterações fisiopatológicas presentes na falência renal.

## Referências bibliográficas

ABENSUR, H. Deficiência de ferro na doença renal crônica. **Rev Bras Hematol.**, São Paulo, v.32, n.2, jun. 2010.

BARBOSA, L.M.M.; ANDRADE JÚNIOR, M.P.; BASTOS, K.A. Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, v.29, n.4, p. 222-229, dez. 2007.

BERETTA, A.L.R.Z.; LEVADA, M.M.O.; CARRIERO, R.M. Avaliação hematológica de pacientes submetidos à hemodiálise. **Agora revista eletrônica**, v.8, n.15, p. 106-110, dez. 2012.

CANZIANI, M.E.F.; BASTOS, M.G.; BREGMAN, R. et al. Deficiência de ferro e anemia na doença renal crônica. **J Bras Nefrol.**, v.28, n.2, p. 86-90, abr. 2006.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Heumatol.**, v.39, n.3, pg.143-150, mai/jun. 1999.

CUNHA, M.S.; ANDRADE, V.; GUEDES, C.A.V. et al. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. **Fisioter Pesq.**, São Paulo, v.16, n.2, p.155-160, abr/jun. 2009.

FAHUR, B.S.; YEN, L.S.; FERRARI, G.N.B. et al. Avaliação da qualidade de vida com instrumento KDQOL-SF em pacientes que realizam hemodiálise. **Colloquium Vitae**, v.2, n2, p.17-21, jul/dez. 2010.

FERREIRA, R.C.; SILVA FILHO, C.R. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **J. Bras. Nefrol.**, v.33, n.2, p. 129-135, dez. 2011.

LUGON, J. R.; MATOS, J. P. S.; WARRAK, E. A. Hemodiálise. In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 869-907.

LOPES, G.B.; MARTINS, M.T.S.; MATOS, C.M. et al. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. **Rev. Assoc. Med. Chem. Bras.**, São Paulo, v.53, n.6, 2007.

MITTAL, S.K.; AHERN, L.; FLASTER, E. et al. Selfassessed physical and mental function of hemodialysis patients. **Nephrol Dial Transplant.**, v.16, n.13, p.87-94, 2001.

National Kidney Foundation NKF/DOQI. **KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease.** **Am J Kidney Dis**, v. 47, n.5, Suppl 3, p.111-145, maio. 2006.

ROMAGNA, G. Prevalência de anemia, dislipidemia e hipertensão arterial em usuários com insuficiência renal crônica em hemodiálise de um hospital da cidade de Criciúma-SC. 2011. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/prevalencia-de-anemia-dislipidemia-e-hipertensao-arterial-em-usuarios-com-insuficiencia-renal-cronica-em-hemodialise-de-um-hospital-da-cidade-de-criciuma-sc/65971/> Acesso em: 24 ago. 2013.

ROMAO JUNIOR, J.E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. In: DIRETRIZES Brasileiras de Doença Renal Crônica. **J. Bras. Nefrol.**, Sao Paulo, v.3, n. 26, supl. 1, p. 1-3, 2004.

SANTOS, P.R.; COELHO, M.R.; GOMES, N.P. et al. Associação de indicadores nutricionais com qualidade de vida em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. **J Bras Nefrol.**, v.28, n.2, p.57-64, 2006.

SANTOS, P.R;. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Ceará, v.33, n.4, p.332-227, 2011.

SILVEIRA, C.B.; PANTOJA, I.K.O.R.; SILVA, A.R.M. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém, Pará. **J Bras Nefrol.**, v.32, n.1, p.39-44, 2010.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care.**, v. 30, p.473-83, 1992.